

## **ПРИМЕНЕНИЕ РОМБОВИДНОЙ КОЖНО-ПОДКОЖНОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ АБСЦЕССАХ**

*Денисенко В.Л.*

Эпителиальные копчиковые ходы имеют широкое распространение. По данным многих авторов больные с данной патологией могут составлять от 4% до 12,5 % всех проктологических больных. До настоящего времени вопросы выбора метода оперативного вмешательства при обширных абсцедирующих формах ЭКХ являются дискуссионными.

Целью нашего исследования явилась разработка дифференцированной тактики лечения эпителиального копчикового абсцесса.

В исследование было включено 95 больных. В контрольную группу вошли больные (75), которым проводилось традиционное лечение, вскрытие абсцесса, затем через 6-7 суток радикальная операция. Последняя заключалась в иссечении свища двумя окаймляющими разрезами и закрытии раны одним из двух способов. Первый (у 37 больных) – закрытый способ. Второй (у 38 больных) – полуоткрытый способ.

В основную группу включены 20 больных с обширными эпителиальными копчиковыми абсцессами. Абсцесс вскрывали обычным способом. Через 5 – 6 суток выполняли радикальное оперативное вмешательство. Производили широкое ромбовидное иссечение раневой полости со свищами и закрывали образовавшуюся рану соответствующего размера перемещенным кожно-подкожным ягодичным лоскутом по запатентованной методике.

Гнойно-септические осложнения в раннем послеоперационном периоде при открытом способе составил 13%, полуоткрытым 7,4 %. При применении ромбовидной пластики гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде и рецидивов в сроки до двух лет не выявлено. Полученные результаты свидетельствуют, что тактика лечения абсцедирующих форм эпителиального копчикового хода должна быть дифференцированной и зависеть от распространенности гнойно-воспалительного процесса.

Двухэтапные оперативные вмешательства в сочетании с комплексным консервативным этиотропным лечением обеспечивают достижение радикального излечения в течение одной госпитализации и позволяют снизить частоту развития гнойно-септических осложнений.

При диаметре патологического очага более 1,5 см, необходимо выполнять радикальное иссечение с закрытием образовавшегося дефекта ромбовидным кожно-подкожным лоскутом.